
Trabajo Fin de Grado
Grado en Medicina

**Prevalencia de vejiga hiperactiva
en pacientes con prolapso de
órganos pélvicos y evaluación de
los cambios después de la cirugía**

Autora:
Alba Lecumberri Indart

Directora:
Irene Diez Itza

© 2021, Alba Lecumberri Indart

Leioa, 20 de abril de 2021

AGRADECIMIENTOS

Gracias a Irene Diez por su gran ayuda, disponibilidad y buen criterio; gracias a las pacientes que han participado en el estudio; y gracias a todos los que han trabajado por el conocimiento actual.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Definiciones	1
1.2. Clasificaciones del POP y de la VH	1
1.3. Prevalencia del POP y de la VH	2
1.4. Etiopatogenia del POP y de la VH	3
1.5. Principales formas de tratamiento del POP y de la VH	5
1.6. Análisis de la relación entre el POP y la VH	6
1.6.1. Prevalencia de la asociación	6
1.6.2. Justificación de la asociación	8
1.6.3. Diferencias entre los tipos/grados de POP y síntomas de VH	10
1.6.4. Efecto de la cirugía del POP en los síntomas de VH	10
1.6.5. Tratamiento de pacientes con POP y VH	11
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	12
2.1. Hipótesis	12
2.2. Objetivos	13
3. MATERIAL Y MÉTODOS	14
3.1. Diseño y pacientes del estudio	14
3.2. Intervención	14
3.3. Instrumentos de medida	15
3.3.1. Sistema Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ)	15
3.3.2. Cuestionarios	17
3.3.3. Complicaciones	18
3.4. Análisis estadístico	19
4. RESULTADOS	20
4.1. Características basales	20
4.2. Evaluación de los factores de riesgo para VH entre pacientes con POP	22
4.3. Efecto de la cirugía del POP en la VH	22
4.4. Evaluación de los factores de riesgo implicados en la persistencia de VH después de la cirugía del POP	24
4.5. Evaluación de la VH <i>de novo</i> tras la cirugía del POP	25

4.6. Evaluación de los factores de riesgo implicados en la VH <i>de novo</i> después de la cirugía del POP	26
4.7. Impacto en la calidad de vida de los síntomas vesicales	26
4.8. Complicaciones de la cirugía	27
5. DISCUSIÓN	29
6. CONCLUSIONES	35
7. BIBLIOGRAFÍA	36
8. ANEXOS	42

LISTA DE SIGLAS

B-SAQ: Bladder Control Self-Assessment Questionnaire

CACV: Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga

CRADI: Colo-Rectal-Anal Distress Inventory

CRAIQ: Colo-Rectal-Anal Impact Questionnaire

CTS: Category, Time, Site

HD: Hiperactividad del detrusor

ICS: International Continence Society

IMC: Índice de masa corporal

IUGA: International Urogynecological Association

IUU: Incontinencia urinaria de urgencia

OR: Odds Ratio

PFDI: Pelvic Floor Distress Inventory

PFIQ: Pelvic Floor Impact Questionnaire

POP: Prolapso de órganos pélvicos

POPDI: Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory

POPIQ: Pelvic Organ Prolapse Impact Questionnaire

POPQ: Pelvic Organ Prolapse Quantification

RR: Riesgo relativo

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TOT: Transobturador tape

UDI: Urinary Distress Inventory

UIQ: Urinary Impact Questionnaire

VH: Vejiga hiperactiva

1. INTRODUCCIÓN

1.1. DEFINICIONES

El prolapso de órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de uno o más de los siguientes: la pared anterior vaginal, la pared posterior vaginal, el útero (cérvix) o el ápex de la vagina (cúpula vaginal, tras histerectomía). El término hace referencia primariamente a un cambio anatómico. Dichos cambios podrían considerarse dentro del rango de normalidad para algunas mujeres; por lo que el diagnóstico de POP idealmente requiere evidencia clínica, comenzando con una mujer que tiene síntomas relacionados con el "desplazamiento hacia abajo" de un órgano pélvico. La correlación del cambio anatómico con síntomas ocurre más frecuentemente cuando el POP alcanza el nivel del himen (1). Cabe decir que con frecuencia no es un solo compartimento el que se ve afectado sino varios.

La vejiga hiperactiva (VH) se define como urgencia, con o sin incontinencia urinaria de urgencia, normalmente con frecuencia y nocturia. Este término sólo puede ser utilizado si no hay "pruebas de infección o patología obvia" (2).

La urgencia es la queja de deseo súbito y apremiante de orinar que es difícil de diferir (1).

La incontinencia urinaria de urgencia (IUU) es la queja de pérdida involuntaria de orina asociada con urgencia (3).

Se entiende como frecuencia urinaria diurna aumentada la queja de que la micción ocurre durante las horas de vigilia más frecuentemente de lo que previamente era considerado normal por la mujer (1).

La nocturia es la queja de despertarse una o más veces por la noche por la necesidad de orinar (3).

El detrusor hiperactivo es la aparición de contracciones involuntarias del detrusor durante la cistometría de llenado (1).

1.2. CLASIFICACIONES DEL POP Y DE LA VH

El POP se ha catalogado a lo largo de la historia según diferentes clasificaciones, atendiendo tanto al órgano prolapsado como al grado alcanzado. Según la clasificación

utilizada se emplean distintos puntos de referencia, como el himen o el introito vaginal. La clasificación de Porges y la de Beecham utilizan como referencia el introito vaginal. Sin embargo, las principales clasificaciones utilizan el himen, siendo estas la clasificación de Baden y el sistema Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ).

La clasificación de Baden utiliza la nomenclatura clásica de cistocele, prolapso uterino o de cúpula vaginal, rectocele y enterocele. Analiza un único punto, el punto prolapsado más distal, en función del cual se clasifica en cuatro grados:

- Grado I: el compartimento prolapsado está en la mitad de camino al himen.
- Grado II: el compartimento prolapsado está a la altura del himen.
- Grado III: el compartimento prolapsado sobrepasa el himen.
- Grado IV: prolapso total del compartimento.

Es una clasificación sencilla y ampliamente utilizada, pero parece que le falta reproducibilidad y especificidad.

La clasificación POPQ analiza diferentes puntos, no teniendo únicamente en cuenta el punto prolapsado más distal. Es por tanto algo más compleja y menos utilizada por los ginecólogos, sin embargo, es mucho más elocuente y es la que debe utilizarse en los estudios, por lo que convendría que fuera conocida por todos los ginecólogos.

La VH, como hemos comentado previamente, significa urgencia, y puede acompañarse o no de incontinencia urinaria de urgencia; por lo que en base a ello se puede clasificar como VH seca, si no se acompaña de incontinencia, o como VH húmeda, si se presentan ambas.

1.3. PREVALENCIA DEL POP Y DE LA VH

Tanto el POP como la VH son dos patologías muy frecuentes; dentro de ese hecho, las estimaciones varían según las fuentes consultadas.

Swift et al. (4) encontraron en la población general una prevalencia del 37% de POP de II grado o mayor; incluyendo los POP de I grado, estaba presente en el 75% de las mujeres. Barber et al. (5) describieron una prevalencia del 41-50% de POP por exploración física, aunque la prevalencia del POP sintomático fue solo del 3-6%.

Es aceptado que la VH es una afección altamente prevalente y que además tiene un profundo impacto en la calidad de vida. Los datos que aportamos provienen de trabajos

que utilizaron la definición actual de VH, dada por la International Continence Society (ICS) en 2002 (2); por ello, no presentamos prevalencias de VH aportadas por trabajos previos a esa fecha que no utilizaron dicha definición. La prevalencia de VH estimada en la población española ha sido del 25,6% en mujeres ≥ 40 años (6). Para la población estadounidense, se ha estimado del 16,9%; aumentando con la edad y superando el 20% en mujeres de 45-54 años (7). En ambos trabajos se pone en evidencia el incremento asociado al envejecimiento, ascendiendo la prevalencia hasta el 33,2 % en mujeres por encima de 70 años.

Temml et al. (8) estimaron una prevalencia de VH comparable entre la población de Viena, alcanzando un 16,8%. En un 6,5% de los casos se acompañaba también de incontinencia urinaria. Analizando la situación según las diferentes edades, se vio que el 15% de las mujeres entre 20 y 29 refería tener síntomas de VH, esta proporción aumentaba considerablemente a partir de los 40 años, y era máxima para las >70 años con una prevalencia del 21%. Se observó que la VH sin incontinencia se mantenía estable conforme aumentaba la edad, pero sí aumentaba sin embargo la VH acompañada de incontinencia. Los autores recogieron el impacto que tenía la VH en la calidad de vida, siendo en el 13,6% de los casos de moderado a grave. Como cabe esperar, los casos que se acompañaban de incontinencia tenían mayor impacto.

1.4. ETIOPATOGENIA DEL POP Y DE LA VH

El POP se produce por fallo de las estructuras de soporte y su etiología es multifactorial. Siguiendo el modelo de Bump y Norton (9) los factores de riesgo en las disfunciones del suelo pélvico se agruparían en cuatro categorías:

- Factores predisponentes, entre los que destacan la raza, las variaciones anatómicas y la estructura del colágeno.
- Factores iniciadores, entre los que se incluyen la cirugía pélvica radical, la radioterapia y el parto vaginal.
- Factores favorecedores, como la obesidad, el déficit estrogénico, la tos crónica o el ejercicio físico intenso.
- Factores descompensadores, como el envejecimiento, la presencia de diferentes comorbilidades o la toma de medicación.

Otra manera de clasificar los factores de riesgo es según si son modificables o no (10):

- Factores no modificables: principalmente la edad y la menopausia. También la genética (historia familiar) y la raza (más en caucásica, frente a hispana y afroamericana). Diversos estudios han encontrado alteraciones y variantes del colágeno que aumentan el riesgo.
- Factores modificables: sobre todo el parto vaginal, viéndose además incrementado con el uso de fórceps. Destaca también la obesidad, aumentando el riesgo ya con un índice de masa corporal mayor de 25 (sobrepeso). En concreto, se ha demostrado un aumento del 3% de POP sintomático por cada aumento de una unidad del IMC (11). Otras circunstancias que aumentan la presión abdominal de manera crónica, como el estreñimiento y la actividad física. En cuanto a la actividad, tanto la recreativa como la laboral, siendo más prevalente en mujeres con trabajos más físicos frente a más sedentarios. El tabaco y las enfermedades pulmonares crónicas también son un factor de riesgo, probablemente debido al aumento de la presión abdominal que se produce al toser. Otro factor de riesgo es la histerectomía vaginal.

Los síntomas de VH son sugestivos de un detrusor hiperactivo, aunque no siempre se identifica durante un estudio urodinámico. Solo en el 44% de las mujeres con clínica de VH se ha identificado una hiperactividad del detrusor en un estudio urodinámico convencional (12).

La VH es de causa desconocida, siendo por ello etiquetada como “idiopática”. Existen patologías que condicionan una sintomatología similar, pero tal y como está descrito en la definición, ante la presencia de patologías reconocibles, excluiríamos el diagnóstico de VH. Como hemos indicado, se trata de un diagnóstico clínico basado en síntomas, esto impide el desarrollo de modelos animales. Recientemente, se han propuesto diferentes fenotipos de VH, en un intento de dilucidar la patología subyacente individual. Dichos fenotipos se pueden tratar de clasificar en función de la demostración urodinámica de hiperactividad del detrusor, según diferentes hipótesis. La hipótesis "miogénica" propone que la urgencia se origina en el detrusor, la "uroteliogénica" que en el urotelio/suburotelio de la vejiga, la "uretrogénica" que en la uretra, la "supraespinal" que en el cerebro y el tronco encefálico, y la "uroteliomiogénica" por disfunción del vaciado. También se pueden clasificar en diferentes fenotipos según diferentes cofactores fisiopatológicos: síndrome metabólico, trastornos afectivos, deficiencia de hormonas sexuales, microbiota urinaria, trastornos gastrointestinales

funcionales y disfunción del sistema nervioso autonómico. El objetivo de tratar de alejarse de lo "idiopático" para acercarse a una explicación fisiopatológica tiene como interés el abordarlo con una terapéutica individualizada (13).

En el meta-análisis de Zhu et al. (14) se demuestra que son factores de riesgo para la VH tanto la edad avanzada como la obesidad, y sin embargo no se encuentra asociación con el resto de factores analizados (sexo, nivel educacional, paridad, parto vaginal, raza, estado laboral, menopausia, estado civil, tabaquismo y consumo de alcohol).

1.5. PRINCIPALES FORMAS DE TRATAMIENTO DEL POP Y DE LA VH

El tratamiento del POP puede ser expectante, conservador o quirúrgico. El tratamiento expectante con modificaciones de conducta se aconseja en pacientes asintomáticas. Cuando el POP afecta a la calidad de vida se indica la colocación de pesario o la cirugía, siendo el segundo de ellos necesario en una gran cantidad de pacientes. El POP es la causa más frecuente de indicación de cirugía ginecológica de causa benigna; y es también la causa más frecuente de histerectomía en pacientes >55 años (15). Olsen et al. (16) estimaron que el riesgo de ser intervenida de POP o de incontinencia urinaria a lo largo de la vida era del 11,1% para la edad de 80 años; y esta estimación fue confirmada por Fialkow et al. (17), que realizaron un estudio similar y recogieron un riesgo del 11,8%. Wu et al. (18) reportaron un porcentaje mayor, con un riesgo de ser intervenidas antes de los 80 años del 20%. Smith et al. (19) estimaron un riesgo de intervención de POP para la edad de 85 años del 20,5%.

La incidencia ha sido descrita de 1,5-4,9 cirugías de POP por cada 1000 mujeres y año (20). Boyles et al. (21) estimaron para las mujeres >50 años que la incidencia era de 2,7-3,3 cirugías por 1000 mujeres-año. Brown et al. (22) hallaron que la incidencia para todas las mujeres era de 2,3; y que esta incidencia tenía su pico entre los 60 y los 69 años, con 4,2 cirugías por cada 1000 mujeres-año.

El problema del tratamiento quirúrgico del POP es que no siempre es una cirugía definitiva y en un porcentaje no despreciable de pacientes se produce una recidiva que requiere una nueva intervención. Aunque las cifras publicadas en la literatura científica son muy variables, la recidiva se trata de una realidad que hay que tener en cuenta en la indicación de la cirugía del POP. De hecho, se ha dejado atrás la clásica indicación de cirugía a todas aquellas mujeres cuyo POP alcanzaba o sobrepasaba el himen con

independencia de la sintomatología ocasionada. En la actualidad la indicación está condicionada por la afectación en la calidad de vida.

El tratamiento de la VH se realiza de forma escalonada. Inicialmente se recomiendan cambios en el estilo de vida intentando evitar todas aquellas circunstancias que favorecen la sintomatología, como la obesidad o la ingesta excesiva de líquidos o sustancias excitantes. Para aquellas pacientes que presentan una frecuencia diurna aumentada se recomienda una reeducación vesical intentando prolongar el espacio entre micciones. En algunos casos también estaría indicada la realización de ejercicios de la musculatura del suelo pélvico y electroestimulación. Cuando las pacientes no responden a este primer escalón de tratamiento conservador está indicada la utilización de fármacos. Disponemos de dos grupos farmacológicos, los anticolinérgicos y los beta 3 adrenérgicos, que aunque tienen vías de acción diferente, ambos persiguen la relajación de la vejiga en la fase de llenado. El principal problema del tratamiento farmacológico es su escasa adherencia entre las pacientes, justificada en parte por sus efectos secundarios, porque no son eficaces en todos los casos y porque su indicación es a largo plazo. Si con las medidas descritas aún no se ha corregido la sintomatología, pasaríamos a utilizar tratamientos más complejos como la inyección de toxina botulínica en el músculo detrusor o la neuromodulación sacra (23).

1.6. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL POP Y LA VH

La VH y el POP son dos patologías con una alta prevalencia en la población femenina, y con una gran repercusión no sólo médica, sino también psicológica, social y económica. Para poder emplear el término de VH, su definición dice que sólo puede ser utilizado si no hay "pruebas de infección o patología obvia" (2). Es motivo de debate en la literatura científica si el POP debe considerarse una "patología obvia", que impida por tanto hablar de VH; pero la mayoría de los autores no lo consideran, por lo que son partidarios de poder seguir hablando de VH en pacientes con POP (24).

1.6.1. Prevalencia de la asociación

Múltiples estudios han tratado de estimar la prevalencia de la VH en relación al POP. Algunos estudios están basados en la comunidad, y otros en población hospitalaria.

En cuanto a los estudios basados en la comunidad, el estudio de Lawrence et al. (25), con un tamaño muestral (n) de 4.103 mujeres, encontró que el 36,8% de las mujeres con

POP tenía síntomas de VH, frente a la prevalencia de VH de 9,1% en las mujeres sin POP, lo que suponía un riesgo relativo (RR) de 4. El estudio de Tegerstedt et al. (26), con una muestra de 5.489 mujeres, estudió la prevalencia de incontinencia de urgencia, y obtuvo resultados en la misma línea: una prevalencia del 22,5% en mujeres con POP frente al 3,9% en las mujeres sin POP, lo que significa un RR de 5,8. Cabe destacar que en ambos casos el POP fue identificado como síntoma en un cuestionario y no tras una exploración física.

Los estudios basados en población hospitalaria obtienen en general prevalencias de VH más altas que los basados en la comunidad, lo que concuerda con las características presentes en dicha población (**Tabla 1**). El estudio de Ali et al. (27), con un n de 401, recogió una prevalencia de VH del 68% en las mujeres con POP frente a 24,4% en las mujeres sin POP (RR: 2,8). El resto de estudios que compararon la prevalencia de VH en POP frente a no POP obtuvieron también riesgos relativos mayores a 1. El estudio de Digesu et al. (28) documentó la impresionante prevalencia de 88% de VH en las mujeres con POP sintomático.

Tabla 1. Prevalencia de vejiga hiperactiva (VH) en pacientes con prolapso de órganos pélvicos (POP) según diferentes estudios.

Estudio	n	Prevalencia de VH
Digesu et al. (28)	355	88%
Schimpf et al. (29)	109	77,2%
Ali et al. (27)	401	68%
Burrows et al. (30)	330	68%
Weber et al. (31)	82	52%
Malanowska et al. (32)	64	39,1%
Lawrence et al. (25)	4103	36,8%
de Boer et al. (33)	505	36%

1.6.2. Justificación de la asociación

Ambas patologías son muy prevalentes, hecho que por sí sólo ya puede llevarnos a pensar que pueden estar relacionadas. Además, la prevalencia de ambas patologías juntas es mayor de la esperada por azar. Es revelador que las dos comparten factores de riesgo de manera evidente, como lo son el envejecimiento y la obesidad (14).

El mecanismo fisiopatológico que explica la relación entre ambas puede no resultar claro, pero existen diferentes hipótesis que la explican (24). Dichas teorías se exponen a continuación.

1.6.2.1. Obstrucción de la salida de la vejiga

El POP puede producir obstrucción de la salida de la vejiga, y este parece ser el mecanismo más importante.

Diversos estudios mostraron que la tasa de flujo máximo durante el vaciado era menor en las pacientes con prolapso que en las que no lo tenían. La tasa de flujo pareció ser la menor en las mujeres con hiperactividad del detrusor (HD), lo que sugiere que cierto grado de obstrucción durante el vaciado podría jugar un papel en la HD. Incluso, las mujeres con mejoría en los síntomas de VH tras la cirugía del POP también presentaban mejoría en las tasas de flujo; a diferencia de las mujeres que no mejoraban los síntomas, cuyos ratios de flujo se mantenían igual.

La HD y la trabeculación de la vejiga son predictores de resolución de la incontinencia de urgencia tras la cirugía del POP. La trabeculación de la vejiga es significativamente más común en pacientes con obstrucción de la salida de la vejiga y un grado mayor de prolapso.

Hay tres teorías que explican cómo la obstrucción de la salida de la vejiga induce síntomas de VH:

En la primera teoría la idea principal es la denervación de la vejiga obstruida. Estudios tanto en animales como en humanos han demostrado dicha denervación de los nervios autonómicos que se distribuyen en el músculo detrusor. La reacción al principal neurotransmisor para la vejiga, la acetilcolina, está supersensibilizada y se encontraron respuestas reducidas nervio-mediadas en comparación con vejigas estables normales. Estos estudios sugieren que hay una supersensibilidad a los neurotransmisores secundaria a denervación parcial de la vejiga obstruida. La isquemia e hipoxia de la

pared vesical causadas por distensión y contracción de la vejiga pueden tener un papel importante en la denervación parcial de una vejiga obstruida.

La segunda teoría se centra en el músculo detrusor. En estudios animales se encontró que el número de unidades musculares contráctiles tras estimulación nerviosa estaba reducida después de la obstrucción. Hay una disminución en la propagación célula-célula de la actividad eléctrica. Alternativamente, hay una mayor inestabilidad del potencial de membrana que puede causar despolarización de la célula. Por lo tanto, el músculo detrusor en una vejiga obstruida es más irritable mientras la activación sincrónica está dañada.

La última teoría identifica cambios en los reflejos medulares de micción tras obstrucción de la vejiga. En modelos animales se encontró que la obstrucción deriva en hipertrofia de las neuronas aferentes y se acompaña por la expresión de factor de crecimiento nervioso (NGF) en la pared vesical. Las ratas con vejiga obstruida mostraron significativamente más reflejos medulares de latencia corta que los controles, mientras los reflejos de latencia larga eran similares. Esto sugiere que la obstrucción en ratas se acompaña en cierto grado de plasticidad neural, resultando en reflejos medulares más prominentes que podrían contribuir al desarrollo de la vejiga inestable.

1.6.2.2. Otros mecanismos fisiopatológicos

Además de la obstrucción de la salida de la vejiga, se han descrito otros mecanismos fisiopatológicos que también podrían justificar la asociación entre POP y VH.

Por la distensión de la vejiga, los receptores de estiramiento en el urotelio liberan varios factores químicos como ATP, Ach y P2X3. Este estímulo alcanza las neuronas sensoriales y miofibroblastos en la región urotelial y suburotelial, que conduce este estímulo al detrusor. El estiramiento de la pared vesical, que es probable que ocurra en el prolapso vaginal, puede activar los receptores de estiramiento resultando en contracciones del detrusor.

Un cistocele prominente puede traccionar la uretra derivando en una uretra abierta con orina entrando en la misma. Es sabido que este mecanismo causa contracciones en el detrusor.

1.6.3. Diferencias entre los tipos/grados de POP y síntomas de VH

Diferentes estudios han tratado de establecer si el tipo de prolapso guarda relación con la VH. En el estudio de Miedel et al. (34) había una clara relación entre el prolapso de compartimento anterior y posterior con la VH, no siendo así para el prolapso del compartimento central. Sin embargo, los estudios de Bradley y Nygaard (35), de Sobhgol y Charandabee (36), y de Ellerkmann et al. (37) no encontraron esas asociaciones.

Diversos estudios se han dirigido para conocer si el grado del prolapso se relaciona con los síntomas de VH, y los resultados han sido también contradictorios. Los estudios de Burrows et al. (30) y de de Boer et al. (33) encontraron que los estadios menos avanzados de POP se relacionaban con más síntomas de VH. Al contrario, los estudios de Miranne et al. (38) y de Malanowska et al. (32) hallaron que los estadios más avanzados de POP tenían más frecuentemente VH, y el de Romanzi et al. (39) que tenían mucha más obstrucción de la salida de la vejiga. En cambio, los estudios de Fletcher et al. (40) y de Kim et al. (41) no encontraron relación entre el grado de prolapso y la VH.

1.6.4. Efecto de la cirugía del POP en los síntomas de VH

La cirugía del POP puede tener diferentes resultados en cuanto a los síntomas de VH: puede resolver los síntomas, puede no tener impacto sobre ellos o puede hacer que se agraven o incluso que aparezcan. Los diferentes estudios obtienen como resultado más mejoría que perjuicio de los síntomas de VH, pero los porcentajes varían ampliamente. El estudio de Weber et al. (31), describe en un 45% de los casos resolución de los síntomas, en un 55% persistencia y en un 26% la aparición *de novo* de VH. El estudio de Mahajan et al. (42) reporta incontinencia urinaria *de novo* con una frecuencia del 44%. El estudio de Diez-Itza et al. (43) tiene mejores resultados en cuanto a la VH *de novo*, con un 19,8%. El estudio de Malanowska et al. (32) es más optimista, con un 76% de resolución y tan solo un 2,6% de aparición *de novo*.

Distintos autores han evaluado los factores de riesgo de persistencia de la VH después de la cirugía, pero los resultados no han sido concluyentes. El estudio de de Boer et al. (33) fue el primero realizado al respecto, y no encontró que características de las

pacientes como la edad o el IMC influyeran en la persistencia de VH tras la cirugía del POP; pero sí que los estadios menos avanzados de POP la presentaban más.

Se ha tratado de conocer qué factores pueden favorecer la aparición de VH *de novo*, y según revela el estudio de Diez-Itza et al. (43), la intervención concomitante de la incontinencia urinaria de esfuerzo parece ser un factor de riesgo independiente tanto para VH como para IUU (OR: 3,93 y 4,01 respectivamente).

1.6.5. Tratamiento de pacientes con POP y VH

Cuando coexisten el POP y la VH se pueden plantear dudas en nuestra indicación terapéutica. Como ya hemos apuntado, la presencia del POP puede favorecer la aparición de síntomas de VH, aunque no está establecida una relación causal. Lógicamente, cuando el POP es sintomático y afecta a la calidad de vida, si además coexiste con la VH, no hay duda de la indicación de un tratamiento conservador o quirúrgico. En cambio, en aquellas pacientes que presentan un POP que no les afecta a la calidad de vida pero sí tienen síntomas de VH que les afectan, surge el problema de la indicación del tratamiento del POP. Está bien documentado en la literatura que un porcentaje de mujeres se curan de la VH después de la cirugía del POP, pero existe la limitación de que no están establecidos los factores predictivos de resolución o persistencia de los síntomas.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

2.1. HIPÓTESIS

1ª) El POP y la VH son patologías íntimamente relacionadas, aunque aún no está establecida una relación causal entre ellas. Nuestra hipótesis principal de trabajo es que el POP influye en la presencia de VH.

Para evaluar dicha asociación establecemos las siguientes hipótesis operativas:

- La prevalencia de VH en pacientes con POP quirúrgico en el compartimento vaginal anterior será más alta que en la población general, y oscilaría aproximadamente entre un 68% y un 88%.
- Algunas características basales de las pacientes, como el grado de POP, la edad, o el IMC, podrían estar asociadas a mayor prevalencia de VH.
- Un porcentaje importante de pacientes mejorará su sintomatología de VH tras la cirugía del POP, y ese porcentaje oscilaría entre un 45% y un 76%.
- Los factores predictores de persistencia de los síntomas de VH están poco definidos, pero pensamos que los cambios presentes fruto del envejecimiento podrían ser un factor de riesgo para la persistencia.
- La cirugía del POP puede favorecer la aparición de VH, y dicha aparición ocurriría en un 2,6%-26% de los casos.
- La asociación de una cirugía para la incontinencia urinaria de esfuerzo podría ser un factor determinante para la aparición de VH *de novo* tras la cirugía del POP.
- El impacto en la calidad de vida que ocasionan los síntomas urinarios será mayor en las pacientes que presentan VH.

2ª) La cirugía del POP tendrá complicaciones intra y postoperatorias aunque la incidencia será baja. Nuestra hipótesis operativa es que la tasa de complicaciones será aproximadamente del 10,9%, siendo las complicaciones más frecuentes las infecciones. Las complicaciones graves serán raras.

2.2. OBJETIVOS

El objetivo principal del trabajo que presentamos es conocer en mayor profundidad cómo se relacionan las dos patologías tan frecuentes que son el prolapso de órganos pélvicos y la vejiga hiperactiva, con la esperanza de poder informar al respecto con la máxima precisión a nuestras pacientes.

Los objetivos concretos son los siguientes:

1. Estimar la prevalencia de VH en pacientes con POP quirúrgico en el compartimento anterior.
2. Evaluar los factores de riesgo para padecer VH entre las pacientes con POP quirúrgico.
3. Estimar el efecto de la cirugía del POP en la resolución de los síntomas de VH.
4. Evaluar los posibles factores implicados en la persistencia de la sintomatología de VH tras la cirugía del POP.
5. Estimar la aparición de VH *de novo* tras la cirugía del POP.
6. Evaluar si la cirugía asociada para la incontinencia urinaria de esfuerzo es un factor de riesgo para la aparición de VH *de novo*.
7. Analizar el impacto en la calidad de vida de los síntomas vesicales según la presencia de VH.
8. Evaluar las complicaciones de la cirugía del POP.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. DISEÑO Y PACIENTES DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio longitudinal con reclutamiento retrospectivo, en el que se incluyeron las mujeres que fueron intervenidas de prolapso del compartimento vaginal anterior en el Hospital Universitario Donostia entre marzo de 2015 y diciembre de 2017 y que habían firmado los consentimientos informados correspondientes.

Se establecieron los siguientes criterios de exclusión: antecedente de cirugía por prolapso en cualquier compartimento, estadio del prolapso del compartimento vaginal anterior <II del POPQ, indicación de cirugía con mallas, ausencia de una exploración correctamente recogida previa a la intervención y al año de la cirugía, y falta de información acerca de los síntomas previos a la intervención y al año de la misma.

Para obtener los datos, se accedió a las historias clínicas, en las que estaba recogida la información necesaria, tanto previa a la intervención como posterior a ella, investigando la situación de cada una de las mujeres al año de la cirugía. También se recogió información sobre si existía toma de medicamentos que pudieran alterar los síntomas de VH, tanto de manera previa como posterior a la intervención.

3.2. INTERVENCIÓN

En todos los casos se realizó la misma cirugía clásica para la corrección del prolapso del compartimento anterior, conocida como plastia anterior. Consiste en, vía vaginal, abrir la pared vaginal anterior mediante una incisión longitudinal, disecar el cistocele, reducirlo con puntos sueltos, y cerrar la vagina recortando el tejido necesario.

En aquellas pacientes con prolapso en el compartimento medio y/o posterior con indicación quirúrgica, se realizó su corrección en la misma cirugía. En el compartimento medio, se practicó una histerectomía vaginal, y en el compartimento posterior, una plastia posterior.

En los casos en los que se asoció una cirugía anti-incontinencia urinaria de esfuerzo, se realizó en todos una cirugía tipo TOT (transobturador tape). Vía vaginal, a través de una mínima incisión en la mucosa vaginal a nivel de la uretra media, se coloca lo que se conoce como una banda libre de tensión, que estabiliza la uretra gracias a la creación de

una zona de soporte que evita sus movimientos de rotación y descenso cuando se produce un incremento de la presión abdominal.

3.3. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Para recoger tanto la información del POP como de los síntomas de VH se utilizaron instrumentos de medida validados. Para la clasificación del POP se utilizó el POPQ tras la exploración física, sistema estandarizado y aprobado por la ICS; y para los síntomas cuestionarios auto-administrados validados en español.

3.3.1. Sistema Pelvic Organ Prolapse Quantification (POPQ)

La exploración física del POP se realizó en posición ginecológica. Se reservó la posición en bipedestación para cuando el descenso del prolapso durante el decúbito fue menor al que la paciente sentía habitualmente. Antes de iniciar una exploración del prolapso se intentó conseguir que este alcanzara su grado máximo. La exploración de los diferentes compartimentos se hizo de forma sistemática y siempre con la ayuda de dos valvas y un espéculo. Se evaluó el descenso de cada compartimento con el sistema POPQ que, como ya hemos indicado, utiliza como punto de referencia el himen (1,44).

El POPQ describe la posición anatómica utilizando seis puntos diferentes (dos de la pared vaginal anterior, dos de la vagina superior/cervix, y dos en la pared posterior vaginal). La medida se hace en centímetros (cm) y se expresa en valor negativo si está por encima/proximal al himen o positivo si está por debajo/distal al himen. Cuando está en el plano del himen, se le da un valor cero. Por ejemplo, un cérvix que protruye 3 cm distal al himen sería +3cm.

Además de esas seis mediciones, incluye otras tres de la vagina y el periné que aportan datos anatómicos del suelo de la pelvis; todo ello suma en total 9 mediciones.

Puntos en la pared vaginal anterior:

- Punto Aa. Punto localizado en la línea media de la pared vaginal anterior, 3 cm proximal al meato uretral externo. Por definición, el rango de valores que puede tener este punto oscila entre -3 y +3cm. Corresponde a la localización aproximada de la unión uretrovesical y representa el descenso de la uretra.
- Punto Ba. Punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal anterior y el punto Aa. Por definición, su rango de valores es

desde -3 cm hasta un valor positivo igual a la longitud total de la vagina. Representa el descenso de la porción superior de la pared vaginal anterior.

Puntos en la vagina superior y cuello uterino:

- Punto C. Punto más distal del cérvix o de la cúpula vaginal en hysterectomizadas. Representa el descenso del compartimento apical.
- Punto D. Punto más distal del fórnix vaginal posterior, que se correspondería con el fondo de saco de Douglas. Representa el nivel en que los ligamentos uterosacros se unen a la cara posterior del cérvix. Se ha introducido para diferenciar el fallo del sistema de suspensión de los ligamentos uterosacros y cardinales frente a la elongación cervical. En ausencia de cérvix el Punto D es omitido.

Puntos en la pared vaginal posterior:

- Punto Ap. Punto localizado en la línea media de la pared posterior vaginal 3 cm proximal al himen. Por definición, el rango de valores de este punto con respecto al himen es desde -3 cm hasta +3 cm. Representa el descenso de la porción distal del compartimento vaginal posterior.
- Punto Bp. Punto más distal de la porción de la pared vaginal comprendida entre el fondo de saco vaginal posterior y el punto Ba. Por definición, el rango de valores de este punto va desde -3 cm hasta un valor positivo igual a la longitud vaginal total. Representa el descenso de la porción superior de la pared vaginal posterior.

Otros puntos y medidas:

- El hiato genital (genital hiatus, gh) es medido desde el centro del meato uretral externo hasta el margen posterior del himen.
- La longitud vaginal total (total vaginal length, tvl) es la longitud de la vagina (cm) desde el fórnix posterior hasta el himen cuando el prolapso es reducido.
- El cuerpo perineal (perineal body, pb) es medido desde el margen posterior del himen hasta el centro de la apertura anal.

Los valores obtenidos mediante la exploración descrita se agrupan en los siguientes estadios:

- Estadio 0: no se demuestra prolapso.

- Estadio I: la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por encima del nivel del himen.
- Estadio II: la porción más distal del prolapso está situada entre 1 cm por encima y 1 cm por debajo del himen.
- Estadio III: la porción más distal del prolapso está más de 1 cm por debajo del plano del himen, pero no es mayor que 2 cm menos de la longitud vaginal total.
- Estadio IV: eversión completa. La porción más distal del prolapso protruye al menos la longitud vaginal total menos 2 cm.

3.3.2. Cuestionarios

Para la evaluación de los diferentes síntomas se emplearon tres cuestionarios: "Pelvic Floor Distress Inventory-20" (PFDI-20) en su versión en español, "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga" (CACV), y "Pelvic Floor Impact Questionnaire-7" (PFIQ-7) en su versión en español.

3.3.2.1. Pelvic Floor Distress Inventory-20

El cuestionario "Pelvic Floor Distress Inventory" (PFDI) originalmente se desarrolló en lengua inglesa, pero ha sido validado en español (45), lo cual nos permite que sea utilizado por nuestras pacientes. Consta de tres apartados: POPDI ("Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory"), CRADI ("Colo-Rectal-Anal Distress Inventory"), y UDI ("Urinary Distress Inventory"), en los que se evalúa específicamente un grupo de síntomas: de prolapso, colorrectales y urinarios, respectivamente. La versión original es la versión larga, con 46 preguntas en total. Sin embargo, existe una versión corta, el PFDI-20 (**Anexo I**), con 20 ítems en total: 6 de POPDI (POPDI-6), 8 de CRADI (CRADI-8), y 6 de UDI (UDI-6). El cuestionario PFDI-20 presenta las evidentes ventajas de una menor extensión, con una mayor comodidad, y al mismo tiempo ha demostrado mantener su validez, fiabilidad y excelente sensibilidad (46). Dadas esas cualidades, en nuestro estudio se empleó la versión corta, el PFDI-20. Con cada uno de los ítems, se evalúa la presencia de los síntomas (No/Sí) y el grado de molestia que causa dicho síntoma si está presente (1: nada, 2: un poco, 3: moderadamente, 4: mucho).

Este cuestionario fue utilizado para detectar la incontinencia urinaria de urgencia, tanto antes como un año después de la cirugía.

3.3.2.2. Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga

El "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga" (CACV) (**Anexo II**) es la versión en español del cuestionario "Bladder Control Self-Assessment Questionnaire" (B-SAQ), instrumento validado y empleado para detectar disfunción del tracto urinario inferior (47). Puntúa tanto la intensidad del síntoma como el grado de molestia que produce, ambos del 1 al 4 (1: en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho).

Fue utilizado en nuestro estudio para recoger los síntomas de urgencia, frecuencia miccional aumentada, y nocturia; antes de la cirugía y al año de la misma.

3.3.2.3. Pelvic Floor Impact Questionnaire-7

El "Pelvic Floor Impact Questionnaire" (PFIQ) es un cuestionario que mide el estado funcional para situaciones específicas. Fue elaborado en inglés, pero ha sido validado en español (45). Está compuesto por 31 preguntas que deben ser contestadas para los síntomas de la paciente de tipo urinario (UIQ: "Urinary Impact Questionnaire"), de prolapso (POPIQ: "Pelvic Organ Prolapse Impact") y colorrectales (CRAIQ: "Colo-Rectal-Anal Impact") por separado; lo que en total suponen 93 ítems. La afectación para cada uno de los aspectos interrogados se puntúa del 0 al 3 (0: nada, 1: un poco, 2: moderadamente, 3: mucho). Al igual que con el PFDI, existe una versión corta del PFIQ, el PFIQ-7 (**Anexo III**), compuesto por 7 preguntas para cada apartado, puntuando de 0 a 100 por apartado. La versión corta cuenta con ventajas como la de una menor carga para la encuestada, y ha demostrado su validez y fiabilidad (46), por lo que esta fue la forma elegida para nuestro estudio.

Se utilizó del PFIQ-7 para evaluar la afectación de la calidad de vida motivada por los síntomas urinarios en cada una de las pacientes incluidas en el estudio.

3.3.3. Complicaciones

Las complicaciones surgidas durante la cirugía y en el postoperatorio fueron recogidas siguiendo el sistema CTS ("Category, Time, and Site") recomendado por la International Urogynecological Association (IUGA) y la ICS (48,49). Este sistema de clasificación busca abarcar un amplio rango de escenarios clínicos en un código numérico y ordinal, de tal manera que no sean necesarios descriptores adicionales.

- El primer campo ("Category") describe de manera general la complicación (1: vaginal sin separación epitelial; 2: vaginal con separación ≤ 1 cm; 3: vaginal con separación > 1 cm; 4: tracto urinario; 5: recto o intestino; 6: piel y/o musculoesquelético; 7: paciente) y le asigna una categoría (A: asintomática; B: sintomática; C: infección; D: absceso).
- El segundo campo ("Time") hace referencia al momento en el que es diagnosticada la complicación (T1: intraoperatoria, hasta 48 horas después de la cirugía primaria; T2: de 48 horas a 2 meses después de la cirugía; T3: de 2 meses a 12 meses, T4: después de 12 meses).
- El tercer y último campo ("Site") indica el lugar de la complicación (S1: vaginal en el área de la línea de sutura; S2: en la vagina, fuera de la línea de sutura; S3: vísceras contiguas, a excepción de las intra-abdominales; S4: piel o musculoesquelético; S5: intra-abdominal).

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis de los datos se realizó con el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22.0.

Para describir las variables continuas (edad, IMC, puntuación cuestionario) se utilizó la media, la desviación estándar y el rango (mínimo y máximo).

Para describir las variables categóricas (por ejemplo: grado de prolapso, presencia de urgencia o de incontinencia de urgencia) se utilizaron proporciones.

Para realizar comparaciones, la edad y el IMC se expresaron como categóricas: la edad se estableció dentro de cuatro categorías (menor de 50 años, entre 50 y 59, entre 60 y 69, y mayor o igual de 70 años), y el IMC dentro de tres categorías (menor de 25, entre 25 y 29, y mayor o igual de 30); pudiendo así expresarlas como proporciones.

Para comparar las proporciones se empleó la prueba χ^2 .

Las comparaciones de las medias de la puntuación del cuestionario de calidad de vida se hicieron con la prueba t de Student, la prueba U de Mann-Whitney y la prueba de Wilcoxon para variables relacionadas.

Un p-valor menor de 0,05 fue considerado estadísticamente significativo en todos los análisis realizados.

4. RESULTADOS

Revisamos 225 historias clínicas de mujeres que fueron programadas para cirugía de POP anterior en el Hospital Universitario Donostia entre marzo de 2015 y diciembre de 2017. Entre ellas, encontramos que 13 no habían sido intervenidas de plastia anterior, por lo que al no cumplir el criterio de inclusión no fueron incluidas en el estudio. Tres pacientes no habían rellenado los cuestionarios y 2 no tenían una exploración del prolapso correctamente recogida, por lo que fueron excluidas. Nueve mujeres se habían perdido en el seguimiento para el año de la cirugía; 2 de ellas se perdieron para el mes, 3 para los seis meses y 4 en el plazo restante. Finalmente, 198 mujeres fueron incluidas en el estudio.

4.1. CARACTERÍSTICAS BASALES

Las características basales de las 198 pacientes incluidas en el estudio están representadas en la **Tabla 2**. La edad media fue de 67,8 años, siendo la más joven de 38 años y la más mayor de 86. El IMC medio fue de 26,6, dentro de lo que se consideraría "sobrepeso", siendo el valor más bajo de 17,8 ("bajo peso") y el más alto de 41,6 ("obesidad grado III" u "obesidad mórbida"). Todas las pacientes tenían prolapso anterior, de grado II o mayor, dado que de lo contrario no hubiesen sido incluidas en el estudio; el estadio más frecuente fue el III, con el 79,8% de los casos, seguido por el IV, con un 16,7% de los casos. La mayoría de los casos, el 97% para ser más exactos, se acompañaba de prolapso apical, aunque no en todos ellos hubo indicación de cirugía de dicho compartimento; siendo el estadio de presentación más frecuente también el III. Una proporción menor, el 73,2%, se acompañaba de prolapso posterior, siendo para éste el estadio I el más frecuente. El 87,4% de las pacientes presentaba urgencia previa a la intervención; el 60,1% incontinencia de urgencia; el 81,8% frecuencia urinaria diurna aumentada; y el 73,7% nocturia.

Dieciocho pacientes (9,1%) tomaban medicación anticolinérgica y/o beta3 agonista por los síntomas de urgencia en la visita inicial. El fármaco más utilizado era Mirabegron, siendo el utilizado en 9 de las 18 pacientes que tomaban medicación. El siguiente más utilizado era Solifenacina, siendo el utilizado en 4 de los casos. Dos casos más habían estado tratadas con Mirabegron y Solifenacina en diferentes momentos. Dos pacientes estaban siendo tratadas con Oxibutinina en parche transdérmico, y 1 con Fesoterodina.

Llama la atención que 90 pacientes manifestaron que les molestaba bastante o mucho el síntoma de urgencia miccional en el momento de su inclusión (**Tabla 3**) y, sin embargo, únicamente 18 estaban tomando medicación para ello.

Tabla 2. Características basales de las 198 pacientes incluidas en el estudio

Características basales de las pacientes incluidas en el estudio	
Edad, media \pm desviación estándar (rango)	67,8 \pm 8,3 (38-86)
IMC, media \pm desviación estándar (rango)	26,6 \pm 3,8 (17,8-41,6)
Estadio del prolapso anterior, n (%)	
II	7 (3,5)
III	158 (79,8)
IV	33 (16,7)
Estadio del prolapso apical, n (%)	
0	6 (3)
I	39 (19,7)
II	35 (17,7)
III	83 (41,9)
IV	35 (17,7)
Estadio del prolapso posterior, n (%)	
0	53 (26,8)
I	107 (54)
II	27 (13,6)
III	11 (5,6)
Urgencia, n (%)	173 (87,4)
Incontinencia urinaria de urgencia, n (%)	119 (60,1)
Frecuencia aumentada, n (%)	162 (81,8)
Nocturia, n (%)	146 (73,7)

Tabla 3. Molestia por la urgencia miccional referida en el CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga) en la visita inicial.

Molestia por la urgencia	n (%)
No molesta	11 (6,4)
Molesta un poco	72 (41,6)
Molesta bastante	55 (31,8)
Molesta mucho	35 (20,2)

4.2. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA VH ENTRE PACIENTES CON POP

Los factores estudiados fueron el grado de prolapso en el compartimento anterior, la edad y el IMC (**Tabla 4**). No se encontró asociación significativa entre el grado de prolapso y la urgencia basal, tampoco así para la edad. Sin embargo, se halló que la elevación del IMC se asociaba con la VH: para un IMC <25 la presencia de urgencia era del 82,2%, y para un IMC ≥ 30 ascendía al 100%. Dicha asociación fue significativa ($p=0,041$).

Tabla 4. Presencia de urgencia basal en función de variables constitucionales.

Variable	n	Urgencia basal (%)	p-valor
Estadio del POP			0,46
II	7	6 (85,7)	
III	158	136 (86,1)	
IV	33	31 (93,9)	
Edad			0,82
<50	6	5 (83,3)	
50-69	22	20 (90,9)	
60-69	82	73 (89)	
≥ 70	88	75 (85,2)	
IMC			0,041
<25	73	60 (82,2)	
25-29,9	93	81 (87,1)	
≥ 30	32	32 (100)	

4.3. EFECTO DE LA CIRUGÍA DEL POP EN LA VH

Todas las pacientes fueron intervenidas de plastia anterior, puesto que era el criterio de inclusión. El 75,3% tenía un prolapso apical con indicación quirúrgica, por lo que se le realizó una histerectomía vaginal. El 6,6% presentaba POP posterior con indicación quirúrgica, y se le asoció una plastia posterior. En 13,6% de los casos se hizo el diagnóstico de incontinencia urinaria de esfuerzo, y en ellos se realizó una técnica anti-incontinencia.

De las 173 mujeres que manifestaron urgencia miccional en la visita inicial, en la visita al año de la cirugía 60 habían sido curadas de la urgencia; lo que significa un 34,7% de resolución del síntoma. En el 58% de los casos se había resuelto la IUU en la visita al año de la intervención. En cuanto al síntoma de frecuencia miccional aumentada, 77 ya no lo tenían que soportar al año de la cirugía porque se había resuelto. Respecto a la nocturia, de las 146 pacientes que manifestaban tenerla previamente, 48 habían dejado de tenerla al año de la cirugía, mientras que 98 continuaban con ella (**Tabla 5**).

Además, las mujeres en las que persistía el síntoma de urgencia, referían un menor grado de molestia que en la visita basal (**Tabla 6**). En el 83,2% de los casos o no molestaba en absoluto o molestaba sólo un poco, cuando previamente la molestia referida era "bastante" o "mucho" en el 52% de los casos.

De las 113 mujeres en las que persistía la urgencia, 19 tomaban medicación para ella al año de la cirugía. Observamos que el consumo de medicación era mayor cuanto mayor era el grado de molestia, tal y como se muestra en la **Tabla 7**. El consumo ascendía hasta el 71,4% de los casos en las pacientes con mucha molestia.

Tabla 5. Modificaciones en los síntomas al año de la cirugía.

Síntoma	n (%)
Urgencia	
Resolución	60 (34,7)
Persistencia	113 (65,3)
Incontinencia urinaria de urgencia	
Resolución	69 (58)
Persistencia	50 (42)
Frecuencia aumentada	
Resolución	77 (47,5)
Persistencia	85 (52,5)
Nocturia	
Resolución	48 (32,9)
Persistencia	98 (67,1)

Tabla 6. Molestia por la urgencia miccional referida en el CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga) en las pacientes con persistencia de la sintomatología al año de la cirugía.

Molestia por la urgencia	n (%)
No molesta	35 (31)
Molesta un poco	59 (52,2)
Molesta bastante	12 (10,6)
Molesta mucho	7 (6,2)

Tabla 7. Pacientes que tomaban medicación para la vejiga hiperactiva al año de la cirugía en función del grado de molestia por la urgencia referido en el CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga) en dicho momento.

Molestia por la urgencia	n (%)
No molesta	3 (8,6)
Molesta un poco	7 (11,9)
Molesta bastante	4 (33,3)
Molesta mucho	5 (71,4)

4.4. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA PERSISTENCIA DE VH DESPUÉS DE LA CIRUGÍA DEL POP

Con la intención de descubrir posibles factores implicados en la persistencia de los síntomas tras la cirugía, ejecutamos tablas cruzadas. Se compararon los síntomas de urgencia miccional al año de la cirugía según los diferentes grados de prolapso, las diferentes edades y los diferentes índices de masa corporal (**Tabla 8**).

En cuanto a los diferentes grados de prolapso anterior según el POPQ, no encontramos ningún tipo de asociación con la persistencia de los síntomas; esto es, tener un mayor o menor grado de prolapso no parecía tener relación alguna con la permanencia de los síntomas tras la intervención ($p=0,75$).

Cuando comparamos los síntomas según las diferentes edades (<50; 50-59; 60-69; ≥ 70 años), encontramos que claramente había un mayor porcentaje de persistencia de los síntomas según aumentaba el grupo de edad. Así, para las mujeres <50 años, sólo en el 20% de los casos había persistencia; para las mujeres de 50-59 años la persistencia

ascendía ya a la mitad de los casos; para las de 60-69 años al 61,6%; y para las ≥ 70 años era del 76%. Esta asociación resultó estadísticamente significativa ($p=0,013$).

Al comparar la persistencia de la urgencia según los diferentes índices de masa corporal (<25 ; $25-29,9$; ≥ 30), no encontramos asociación significativa.

Tabla 8. Persistencia de la urgencia en función de variables constitucionales.

Variable	n	Persistencia de la urgencia (%)	p-valor
Estadio del POP			0,75
II	6	4 (66,7)	
III	136	87 (64)	
IV	31	22 (71)	
Edad			0,013
<50	5	1 (20)	
50-69	20	10 (50)	
60-69	73	45 (61,6)	
≥ 70	75	57 (76)	
IMC			0,26
<25	60	36 (60)	
25-29,9	81	58 (71,6)	
≥ 30	32	19 (59,4)	

4.5. EVALUACIÓN DE LA VH *DE NOVO* TRAS LA CIRUGÍA DEL POP

Acerca de la sintomatología *de novo*, de las 25 mujeres que no presentaban urgencia antes de la cirugía, 7 la manifestaban en la consulta al año de la cirugía.

Afortunadamente, la molestia referida en todos los casos *de novo* fue ninguna o poca: 3 pacientes referían que no les molestaba y 4 que les molestaba un poco (**Tabla 9**). Cabe decir que ninguna de ellas tomaba medicación anticolinérgica y/o beta3 agonista, hecho que concuerda con la poca repercusión.

De las 25 mujeres que estaban asintomáticas en su inclusión, 1 presentaba incontinencia urinaria de urgencia al año de la cirugía.

Tabla 9. Molestia por la urgencia miccional referida en el CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga) en las pacientes con urgencia *de novo* al año de la cirugía.

Molestia por la urgencia	n (%)
No molesta	3 (72)
Molesta un poco	4 (28)
Molesta bastante	0 (0)
Molesta mucho	0 (0)

4.6. EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA VH *DE NOVO* DESPUÉS DE LA CIRUGÍA DEL POP

Evaluamos los posibles factores asociados a la aparición de sintomatología tras la cirugía e identificamos que la cirugía conjunta de POP y de incontinencia urinaria de esfuerzo incrementaba el riesgo de urgencia *de novo*. De hecho, de las pacientes sin urgencia a las que se les había realizado una cirugía anti-incontinencia asociada, todas habían desarrollado urgencia miccional al año de la cirugía. Realizamos una estimación de riesgo, y obtuvimos que el realizar la cirugía anti-incontinencia incrementa el riesgo en más de cuatro veces (OR: 4,6; IC 95%: 2,1-10; $p=0,018$).

4.7. IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS SÍNTOMAS VESICALES

Utilizamos el Pelvic Floor Impact Questionnaire-7 (PFIQ-7), con su escala de Urinary Impact Questionnaire-7 (UIQ-7), para analizar el impacto en la calidad de vida de los síntomas urinarios. Encontramos que en las pacientes que presentaban VH previa a la intervención, sus actividades, relaciones personales y sentimientos se veían significativamente más afectados por los síntomas urinarios que en las pacientes sin VH ($p=0,000$). Encontramos también que las mujeres en las que había persistencia de VH tras la cirugía, había un impacto en su calidad de vida significativamente mayor que en aquellas en las que su sintomatología se veía resuelta ($p=0,000$). Analizamos si entre las que mostraban persistencia de VH esta afectaba en diferente medida antes y después de la cirugía, y obtuvimos que en aquellas en las que la VH no se resolvía había una mejor calidad de vida tras la cirugía ($p=0,000$). Para aquellas pacientes que no presentaban VH previa a la intervención y la desarrollaban tras ella, observamos que referían mayor afectación en su vida diaria que las que no la desarrollaban, pero esta diferencia no resultó ser estadísticamente significativa ($p=0,13$) (**Tabla 10**).

Tabla 10. Media de Urinary Impact Questionnaire-7 (UIQ-7) en función de la presencia de vejiga hiperactiva (VH) en la visita inicial y al año de la cirugía.

UIQ-7	Media	Desviación estándar	Rango	p-valor
IUQ-7 visita inicial				0,000
Sin VH	10,48	19,24	0-71,43	
Con VH	29,66	25,80	0-95,24	
IUQ-7 visita 1 año				
Con VH al inicio				0,000
Sin VH al año	2,34	6,09	0-28,57	
Con VH al año	11,36	18,69	0-76,19	
Sin VH al inicio				0,13
Sin VH al año	1,32	4,56		
Con VH al año	6,35	11,53		
IUQ-7 en VH persistente				0,000
Al inicio	33,25	26,56	0-95,24	
Al año	11,36	18,69	0-76,20	

4.8. COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA

Se recogieron las complicaciones acaecidas hasta el primer año tras la cirugía, y se clasificaron utilizando el sistema CTS ("Category, Time, and Site").

La complicación más frecuente fue la infección del tracto urinario, que ocurrió en 11 casos. Tres de ellas habían tenido infecciones del tracto urinario de repetición previas a la intervención.

Tres pacientes sufrieron una extrusión de la malla suburetral colocada como técnica anti-incontinencia, que en todos los casos fue menor de 1 cm, asintomática, y diagnosticada después de 48 horas. En uno de los casos se localizó en la línea de sutura (2A/T2/S1), y se resolvió con tratamiento tópico con estrógenos en un mes. Los otros dos casos se localizaron lateralmente, fuera de la línea de sutura (2A/T2/S2), y aunque mejoraron con el tratamiento local se mantuvo la extrusión; ambas pacientes permanecieron asintomáticas y no fue precisa realizar una extracción de la malla.

Con la misma frecuencia, 3 casos, se presentaron los abscesos. Los tres abscesos se presentaron en la cúpula vaginal, fueron sintomáticos, y se diagnosticaron pasadas 48

horas desde la cirugía (3D/T2/S1). En una de ellas se produjo un drenaje espontáneo; en otra de ellas se realizó un drenaje en planta junto a antibioterapia intravenosa; y en la tercera paciente fue necesario un drenaje quirúrgico a la semana de la intervención. En los tres casos la evolución fue satisfactoria.

Una paciente presentó sangrado en el postoperatorio inmediato por la herida quirúrgica (1B/T1/S1), que precisó sutura en quirófano.

Una paciente fue diagnosticada de una mielopatía inflamatoria en el cono medular, en posible relación con la anestesia raquídea. Dicha complicación no fue clasificable por el sistema CTS.

5. DISCUSIÓN

En este estudio hemos identificado una prevalencia de VH del 87,4% entre pacientes con prolapso quirúrgico del compartimento vaginal anterior. Además, hemos hallado que el incremento del IMC es un factor de riesgo implicado en la prevalencia de VH en estas pacientes. Un año después de la cirugía un 34,7% se había curado de la urgencia; el análisis de los factores implicados en la persistencia señaló la edad avanzada como factor de riesgo. También encontramos que un 28% de las mujeres desarrollaron síntomas *de novo* después de la cirugía del POP, identificando la asociación de cirugía anti-incontinencia como factor de riesgo.

La proporción de pacientes con urgencia miccional fue del 87,4%, prácticamente igual a la encontrada en el estudio de Digesu et al. (28), con una proporción del 88%; y algo mayor a la encontrada en el de Schimpf et al. (29), con el 77,2%; y en el de Ali et al. (27) con el 68%. La prevalencia de la VH entre nuestras pacientes está dentro del amplio rango de valores publicados en la literatura, acercándose al valor superior. Posiblemente este resultado está condicionado por las diferencias en las características constitucionales de las pacientes incluidas en nuestro estudio. La edad media de las pacientes (67,8 años) fue mayor a la de otros estudios que han indicado un menor porcentaje en la prevalencia de VH; como el de Weber et al. (31), de 64,7 años; el de de Boer et al. (33), de 61 años; el de Malanowska et al. (32), de 59,4 años; y el de Burrows et al. (30), de 58,8 años.

En referencia al tipo de muestra, la proporción de pacientes con urgencia fue mucho mayor que en estudios de pacientes con POP basados en la comunidad, como el de Lawrence et al. (25), con una proporción del 36,8%. Nuestros datos fueron mas comparables con los estudios basados en población hospitalaria, como los mencionados de Digesu et al. (28), Schimpf et al. (29) y Ali et al. (27). Aun así, la proporción de pacientes con diferentes estadios de POP pudo condicionar también el resultado. El grado de prolapso anterior más frecuente fue el III, con el 79,8% de los casos, circunstancia común a otros estudios en los que también era el más frecuente, aunque en menor proporción. Así, en el de Rechberger et al. (50) fue del 58,5% de los casos, en el de Mahajan et al. (42) del 49% y en el de Burrows et al. (30) del 48,2%. Cabe decir que el de Burrows et al., que presenta la proporción más baja de las mencionadas, incluía en

su estudio prolapsos de grado I, no quirúrgicos, los cuales eran excluidos en los demás estudios y también en el nuestro.

La proporción de mujeres con incontinencia urinaria de urgencia fue del 60,1%; muy parecida a la encontrada en el estudio de Long et al. (51), con el 59%; en el de Schimpf et al. (29), con el 57,4%; y en el de Ali et al. (27), con el 50%. Al igual que ocurría con el síntoma de urgencia, en los estudios de mujeres con POP basados en la comunidad, la proporción de incontinencia de urgencia era menor a la observada en nuestro estudio, así se recogía en el estudio de Tegerstedt et al. (26) una proporción del 22,5%. El 81,8% de las mujeres incluidas en nuestro estudio tenía frecuencia urinaria aumentada, más que el 60,9% descrito por Malanowska et al. (32), quienes exigían una frecuencia de más de 8 veces al día para ser considerada aumentada. La situación basal de nuestras pacientes con respecto a la nocturia era más negativa que en otros estudios, puesto que en nuestras pacientes estaba presente en el 73,7%, y Long et al. (51) hablaban del 54% y Yalcin et al. (52) del 40%. En nuestro estudio seguimos las definiciones recomendadas por la ICS, incluyendo la de la nocturia, a la cual algunos se oponen, ya que el despertarse una sola vez para orinar por la noche ya es considerado como tal. A lo mejor utilizar esta definición de nocturia pueda justificar que la proporción recogida sea tan alta, y que sea mayor a la de otros estudios.

Hemos identificado que un IMC aumentado se asocia con mayor prevalencia de vejiga hiperactiva entre las pacientes con POP, siendo esta asociación significativa y altamente relevante. De hecho, todas nuestras pacientes con un $IMC \geq 30$ tenían vejiga hiperactiva antes de la intervención. Ninguno de los autores que han estudiado los factores de riesgo asociados a la presencia de VH entre las pacientes con POP han identificado esta asociación. Sin embargo, estos resultados son acordes a lo que ocurre en la población general, tal y como queda reflejado en el meta-análisis de Zhu et al. (14) donde el IMC aumentado es un factor que se relaciona significativamente con la urgencia miccional.

No conseguimos hallar asociación significativa entre el grado de prolapso anterior y la VH. Este mismo resultado obtuvieron Fletcher et al. (40) y Kim et al. (41) en sus estudios. Sin embargo, otros autores sí que encontraron asociación con el grado de prolapso, y curiosamente algunos veían más "VH" en los grados menos avanzados de prolapso, como Burrows et al. (30) y de Boer et al. (33), y otros en los grados más avanzados de prolapso, como Miranne et al. (38), Malanowska et al. (32) y Romanzi et al. (39). Consideramos importante señalar que no todos los estudios definieron igual la

VH, lo que podría justificar las diferencias. Los estudios de Fletcher et al., Kim et al., y Miranne et al. definieron la "VH" con los síntomas de "frecuencia" y/o "incontinencia urinaria de urgencia", recogidos por las preguntas 15 y 16 del PFDI-20 (ítems 1 y 2 del UDI-6), respectivamente. El trabajo de Burrows et al. utilizó cuestionarios no validados para recoger los síntomas. El estudio de Malanowska et al. recogió la "VH" mediante los ítems 1 y 2 del UDI-6 ("frecuencia" e "incontinencia urinaria de urgencia") y mediante entrevista, la cual no es considerada como patrón de referencia y consideramos que pudo sesgar los resultados. La investigación de Romanzi et al. no hablaba realmente de que los grados más avanzados se asociaran a síntomas de VH, sino a obstrucción de la salida de la vejiga, que no son equivalentes. Por lo tanto, nos encontramos con que solamente el estudio de de Boer et al. definía la VH como actualmente se recomienda, es decir, como "urgencia" (2), y la recogía con la versión original del cuestionario UDI. Recordamos que esta definición es la utilizada en nuestro estudio, y recogida por el cuestionario CACV. También cabe mencionar que los estudios de Fletcher et al. y Romanzi et al. utilizaron la clasificación de Baden para graduar el prolapso, y no el sistema POPQ, sistema más recomendado.

En nuestro estudio se incluyeron pocos casos con estadio II de POP anterior, ya que nuestro hospital es restrictivo a la hora de indicar la cirugía, y la mayoría de pacientes intervenidas tienen grados avanzados de prolapso. El hecho de que hubiera un escaso número de pacientes en el grupo con estadio II, podría ser el motivo de no haber logrado un resultado estadísticamente significativo que relacionara el grado de POP con la prevalencia de VH, a pesar de que la tendencia encontrada fuera a presentar más VH a mayor grado de POP.

En nuestro estudio no encontramos que las mujeres de mayor edad tuvieran más VH en el momento de su inclusión. Sin embargo, en el mencionado meta-análisis de Zhu et al. (14), que analizaba 28 artículos, llegó a la conclusión de que la edad avanzada era un factor de riesgo para padecer vejiga hiperactiva; aunque este trabajo no estaba basado en pacientes con POP. Así lo explicaba también el estudio de Quiroz et al. (53), que decía que la asociación con la edad era independiente del estado menopáusico; aunque esta publicación incluía a pacientes con y sin POP.

Un año después de la cirugía, en el 34,7% de las pacientes se había resuelto la urgencia miccional. Este dato está en concordancia con las cifras publicadas en la literatura, aunque como ya hemos señalado el rango de resolución de los síntomas varía

ampliamente. Debemos tener en cuenta que la urgencia miccional se puede deber a múltiples circunstancias, muchas ajenas al prolapso, e incluso otras no bien conocidas. Por lo tanto, eso explicaría que en ocasiones la urgencia no desaparezca al corregir el prolapso. Más aún, incluso el prolapso puede inducir cambios "irreversibles" que provocan urgencia, y que aun corrigiéndolo no se solucione tal síntoma.

Al analizar los factores de riesgo implicados en la persistencia, encontramos que se asociaba de manera significativa con la edad avanzada. Este hallazgo es de suma importancia, pues hasta el momento no se han descrito los factores que puedan predecir que no se solucione la VH con la cirugía del POP. Pensamos que el proceso de envejecimiento puede producir cambios que favorecen la VH, y que estos cambios son los que justificarían la persistencia de los síntomas tras la cirugía. Quizás esto podría explicar aunque sea en parte por qué el estudio de Weber et al. (31), con unas pacientes más jóvenes, tenía un porcentaje de resolución mayor, del 45%; y el estudio de Malanowska et al. (32), con unas pacientes todavía más jóvenes, un porcentaje de resolución todavía mayor, del 76%.

De las pacientes que tenían incontinencia urinaria de urgencia antes de la intervención, el 58% vieron resuelta esta sintomatología tras la cirugía. Con la gran repercusión que supone la incontinencia en la vida diaria, este resultado resolutivo en más de la mitad de los casos resulta alentador; más aún, al compararlo con los resultados de IUU *de novo*, de los que sólo hubo 1 caso.

Las pacientes que padecían nocturia previa a la cirugía, vieron en un 32,9% de los casos resuelto este síntoma. En comparación con los síntomas de urgencia, incontinencia urinaria de urgencia, y frecuencia, el porcentaje de resolución es menor. Ello podría deberse a que la nocturia dependa más de factores externos al POP, como la mala calidad del sueño, u otras patologías, como las cardíacas.

En 7 pacientes (28%) previamente asintomáticas surgió urgencia tras la cirugía; aunque sólo molestaba a 4 de ellas y referían que en poca medida. Una proporción parecida recogieron Weber et al. (31) y Pham et al. (54), con un 26% y un 25% de urgencia *de novo* respectivamente. El estudio de Pham et al. recogió los síntomas a los tres meses de la cirugía, por lo que no sabemos si en caso de haberlos recogido al año, como en nuestro estudio, el porcentaje hubiese cambiado. El estudio de Diez-Itza et al. (43) reportó una urgencia *de novo* menor, en un 19,8% de los casos. La revisión de Maher et al. (55), en la que se incluían 11 estudios, proporcionaba en sus resultados un 12% de

casos nuevos. El estudio de Malanowska et al. (32) presentó los datos más favorables, ya que tan solo un 2,6% de las asintomáticas acabó presentando "vejiga hiperactiva". Analizando las características de este último, encontramos que las pacientes eran más jóvenes; además, el criterio de inclusión era tener un prolapso apical, y no anterior, como en nuestro estudio, lo que no sabemos si podría explicar una menor asociación con la vejiga hiperactiva; y como ya hemos señalado, se utilizaba una definición diferente a la de urgencia, a parte del empleo de entrevista.

De las pacientes asintomáticas antes de la intervención, en un 4% (un solo caso) apareció incontinencia de urgencia. El estudio de Mahajan et al. (42) extraía una proporción mucho mayor, del 44%, lo que significa más de 10 veces superior a la que obtuvimos. Tratando de identificar posibles circunstancias que favorecieran esta situación, identificamos que habían incluido segundas cirugías de POP en su estudio, así como una cantidad considerable de cirugías anti-incontinencia concomitantes, las cuales se han relacionado con mayor incidencia de urgencia *de novo*. Otros estudios han descrito proporciones de incontinencia de urgencia de nueva aparición también mayores a la que recogimos, pero menores que la de Mahajan et al., tal es el caso del estudio de Miedel et al. (56) y del de Foster et al. (57), con el 22,6% y el 14,3% respectivamente.

Obtuvimos que la cirugía anti-incontinencia realizada, tipo TOT (por sus siglas en inglés), se asociaba significativamente a un mayor riesgo de urgencia *de novo* (OR: 4,6). Previamente, ya se había descrito el papel de la cirugía anti-incontinencia de esfuerzo como factor de riesgo para la urgencia *de novo*: un estudio de Diez-Itza et al. (43) y otro de Raffi et al. (58) indicaban tal efecto tras la cirugía anti-incontinencia mediante bandas libres de tensión. El estudio de Diez-Itza et al. obtuvo un OR de 3,9. Debemos comentar que fue pequeño el número de pacientes con urgencia *de novo* y por tanto el número de pacientes que disponíamos para realizar el análisis de los factores de riesgo.

Se recogieron 19 complicaciones en total, siendo 11 de ellas infecciones del tracto urinario. Este resultado supone una probabilidad del 9,6% de sufrir una complicación. Hay que señalar que una limitación de la clasificación CTS es que no incluye las infecciones del tracto urinario (48,49); el excluirlas de nuestros resultados implicaría una disminución considerable de la proporción de complicaciones. El estudio de Mothes et al. (59) también recogía que la infección del tracto urinario era la complicación más habitual, ocurriendo en el 7,8% de los casos, algo más que en nuestro 5,6%. El

recientemente publicado estudio de Wihersaari et al. (60) incluía 3515 intervenciones de POP, 2855 de ellas sin uso de mallas, como las realizadas en nuestro estudio; y reportaba un porcentaje de complicaciones del 10,9% para la cirugía sin mallas. A pesar de presentar una proporción mayor a la nuestra de complicaciones, no incluyeron las infecciones del tracto urinario, por considerarlas complicaciones menores; tal hecho es de suma relevancia a la hora de interpretar los resultados. La complicación más frecuente recogida en su estudio fue la infección del lecho y la herida quirúrgica. Al igual que nosotras, concluyeron que las complicaciones graves eran raras.

Teniendo en cuenta el objetivo principal de nuestro estudio, el de poder informar a nuestras pacientes con la máxima precisión para la toma de decisiones, el presente trabajo tiene un gran valor. Nos ofrece datos actualizados de la situación de la VH respecto al POP y su cirugía; además, cuenta con la ventaja de estar realizado en nuestra población, con las características más próximas a nuestras pacientes. Incluso, todas las intervenciones han sido realizadas en el Hospital Universitario Donostia, hospital terciario donde se realizarían las potenciales cirugías de nuestras futuras pacientes. El tiempo de seguimiento alcanzado ha sido satisfactorio, siendo para todas las pacientes incluidas en el estudio de al menos un año. Adicionalmente, hemos hallado una información hasta el momento desconocida, puesto que los factores predisponentes para la persistencia de la VH tras la cirugía no han sido definidos, y hemos descubierto que la edad avanzada se asocia de manera significativa con la persistencia. Otra aportación novedosa ha sido la de identificar en las pacientes con POP una mayor prevalencia de VH a mayor IMC.

Una limitación de nuestro estudio es la de haber sido realizada en una población concreta, que podría diferir de otras poblaciones. El hecho de que una pequeña proporción de pacientes tuviera un grado II de POP anterior, podría haber limitado el obtener resultados significativos al comparar la prevalencia y la persistencia de la VH según los diferentes grados de POP anterior. Otra posible limitación es la de contar en la mayoría de casos con prolapsos que requirieron cirugía de más de un compartimento, lo que podría dificultar sacar conclusiones sobre la cirugía del compartimento vaginal anterior de manera estricta. Sin embargo, esta es la situación más frecuente en la práctica clínica y por tanto puede aportar datos más extrapolables. Por otra parte, al tratarse de pacientes atendidas en un hospital terciario, podrían ser casos con síntomas y presentación más compleja que haya requerido dicha derivación.

6. CONCLUSIONES

1. La prevalencia de la VH en pacientes con POP en el compartimento anterior es del 87,4%.
2. El mayor IMC se asocia significativamente con mayor prevalencia de VH.
3. La cirugía del POP supone la resolución de los síntomas de VH en el 34,7% de los casos.
4. La edad avanzada es un factor predictivo de persistencia de la sintomatología de urgencia tras la cirugía del POP.
5. La aparición de urgencia *de novo* ocurre en el 28% de los casos.
6. La cirugía anti-incontinencia de esfuerzo concomitante supone un factor de riesgo para la aparición de urgencia *de novo*.
7. La VH tiene un impacto significativo en la calidad de vida de las pacientes, y se ha demostrado la mejoría de la calidad de vida tras la cirugía del POP tanto en los casos en los que se resuelve como en los que persiste la VH.
8. Las complicaciones de la cirugía ocurren con un 9,6% de probabilidad, siendo las infecciones del tracto urinario las complicaciones más frecuentes.

7. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Haylen BT, Maher CF, Barber MD, Camargo S, Dandolu V, Digesu A, Goldman HB, Huser M, Milani AL, Moran PA, Schaer GN, Withagen MI. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic organ prolapse (POP). *Int Urogynecol J*. 2016;27(2):165-94.
- (2) Abrams P, Cardozo L, Fall M, Griffiths D, Rosier P, Ulmsten U, van Kerrebroeck P, Victor A, Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: Report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *Neurourol Urodyn*. 2002;21:167-78.
- (3) Haylen BT, Ridder D, Freeman RM, Swift SE, Berghmans B, Lee J, Monga A, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. *Neurourol Urodyn* 29:4–20, *Int Urogynecol J*. 2010;21:5-26.
- (4) Swift S, Woodman P, O'Boyle A, Kahn M, Valley M, Bland D, Wang W, Schaffer J. Pelvic Organ Support Study (POSST): the distribution, clinical definition, and epidemiologic condition of pelvic organ support defects. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192:795-806.
- (5) Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J*. 2013;24:1783-90.
- (6) Castro D, Espuña M, Prieto M, Badia X. Prevalencia de vejiga hiperactiva en España: estudio poblacional. *Arch Esp Urol*. 2005;58(2):131-8.
- (7) Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW, Abrams P, Herzog AR, Corey R, Hunt TL, Wein AJ. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol*. 2003;20(6):327-36.
- (8) Temml C, Heidler S, Ponholzer A, Madersbacher S. Prevalence of the overactive bladder syndrome by applying the International Continence Society definition. *Eur Urol*. 2005;48:622-7.
- (9) Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1998;25:723-46.

- (10) Chow D, Rodríguez LV. Epidemiology and prevalence of pelvic organ prolapse. *Curr Opin Urol*. 2013 Jul;23(4):293-8.
- (11) Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen T, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG*. 2012;120:152-60.
- (12) Hashim H, Abrams P. Is the bladder a reliable witness for predicting detrusor overactivity? *J Urol*. 2006;175:191-5.
- (13) Peyronnet B, Mironska E, Chapple C, Cardozo L, Oelke M, Dmochowski R, Amarenco G, Gamé X, Kirby R, Van Der Aa F, Cornu JN. A comprehensive review of overactive bladder pathophysiology: on the way to tailored treatment. *Eur Urol*. 2019;75(6):988-1000.
- (14) Zhu J, Hu X, Dong X, Li L. Associations Between Risk Factors and Overactive Bladder: A Meta-analysis. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*. 2019;25(3):238-46.
- (15) Wilcox LS, Koonin LM, Pokras R, Strauss LT, Xia Z, Peterson HB. Hysterectomy in the United States, 1988-1990. *Obstet Gynecol*. 1994;83:549-55.
- (16) Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997;89(4):501-6.
- (17) Fialkow MF, Newton KM, Lentz GM, Weiss NS. Lifetime risk of surgical management for pelvic organ prolapse or urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19(3):437-40.
- (18) Wu JM, Matthews CA, Conover MM, Pate V, Funk MJ. Lifetime risk of stress urinary incontinence or pelvic organ prolapse surgery. *Obstet Gynecol*. 2014;123(6):1201-6.
- (19) Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk of undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol*. 2010;116:1096-1100.
- (20) Burgio K, Clark A, Lapitan MC, Nelson R, Sillén U, Thom D. Epidemiology of urinary (IU) and faecal (FI) incontinence and pelvic organ prolapse (POP). In: 3rd International Consultation on Incontinence (ICI). Paris, France; 2004. p. 257-312.

- (21) Boyles SH, Weber AM, Meyn L. Procedures for pelvic organ prolapse in the United States, 1979-1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:108-15.
- (22) Brown JS, Waetjen LE, Subak LL, Thom DH, Van Den Eeden S, Vittinghoff E. Pelvic organ prolapse surgery in the United States, 1997. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:712-6.
- (23) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Tratamiento de la incontinencia urinaria de urgencia y del síndrome de vejiga hiperactiva. *Prog Obstet Ginecol* 2018;61(6):630-5.
- (24) de Boer TA, Salvatore S, Cardozo L, Chapple C, Kelleher C, van Kerrebroeck P, Kirby MG, Koelbl H, Espuna-Pons M, Milsom I, Tubaro A, Wagg A, Vierhout ME. Pelvic organ prolapse and overactive bladder. *Neurourol Urodyn.* 2010;29(1):30-9.
- (25) Lawrence JM, Lukacz ES, Nager CW, Hsu JWY, Lubner KM. Prevalence and co-occurrence of pelvic floor disorders in community-dwelling women. *Obstet Gynecol.* 2008;111:678-85.
- (26) Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyren O, Hammarström M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2005;16:497-503.
- (27) Ali NS, Higgs P, Smith A. Correlation between urogenital symptoms and pelvic organ prolapse quantification (POPQ) findings in women. Annual Meeting, International Continence Society. Christchurch, New Zealand; 2006.
- (28) Digesu GA, Chaliha C, Salvatore S, Hutchings A, Khullar V. The relationship of vaginal prolapse severity to symptoms and quality of life. *BJOG.* 2005;112(7):971-6.
- (29) Schimpf MO, O'Sullivan DM, LaSala CA, Tulikangas PK. Anterior vaginal wall prolapse and voiding dysfunction in urogynecology patients. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2007;18(7):721-5.
- (30) Burrows LJ, Meyn LA, Walters MD, Weber AM. Pelvic symptoms in women with pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2004;104:982-8.
- (31) Weber AM, Walters MD, Piedmonte MR, Ballard LA. Anterior colporrhaphy: a randomized trial of three surgical techniques. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;185:1299-306.

- (32) Malanowska E, Starczewski A, Bielewicz W, Balzarro M. Assessment of overactive bladder after laparoscopic lateral suspension for pelvic organ prolapse. *Biomed Res Int*. 2019;9051963.
- (33) de Boer TA, Kluivers KB, Withagen MI, Milani AL, Vierhout ME. Predictive factors for overactive bladder symptoms after pelvic organ prolapse surgery. *Int Urogynecol J*. 2010;21:1143-9.
- (34) Miedel A, Tegerstedt G, Maehle-Schmidt M, Nyrén O, Hammarström M. Symptoms and pelvic support defects in specific compartments. *Obstet Gynecol*. 2008;112(4):851-8.
- (35) Bradley CS, Nygaard IE. Vaginal wall descensus and pelvic floor symptoms in older women. *Obstet Gynecol*. 2005;106:759-66.
- (36) Sobhgol SS, Charandabee SM. Related factors of urge, stress, mixed urinary incontinence and overactive bladder in reproductive age women in Tabriz, Iran: A cross-sectional study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2008;19:367-73.
- (37) Ellerkmann RM, Cundiff GW, Melick CF, Nihira MA, Leffler K, Bent AE. Correlation of symptoms with location and severity of pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol*. 2001;185:1332-7.
- (38) Miranne JM, Lopes V, Carberry CL, Sung VW. The effect of pelvic organ prolapse severity on improvement in overactive bladder symptoms after pelvic reconstructive surgery. *Int Urogynecol J*. 2013;24:1303-8.
- (39) Romanzi LJ, Chaikin DC, Blaivas JG. The effect of genital prolapse on voiding. *J Urol*. 1999;161:581-6.
- (40) Fletcher SG, Haverkorn RM, Yan J, Lee JJ, Zimmern PE, Lemack GE. Demographic and urodynamic factors associated with persistent OAB after anterior compartment prolapse repair. *Neurourol Urodyn*. 2010;29:1414-8.
- (41) Kim MS, Lee GH, Na ED, Jang JH, Kim HC. The association of pelvic organ prolapse severity and improvement in overactive bladder symptoms after surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol Sci*. 2016;59(3):214-9.
- (42) Mahajan ST, Elkadry EA, Kenton KS, Shott S, Brubaker L. Patient-centered surgical outcomes: the impact of goal achievement and urge incontinence on patient satisfaction one year after surgery. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;194(3):722-8.

- (43) Dietz-Itza I, Aizpitarte I, Becerro A, Sarasqueta C. Incidence of overactive bladder after vaginal hysterectomy and associated repairs for pelvic organ prolapse. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;68(1):65-70.
- (44) Díez-Itza I. Exploración física del prolapso. Introducción del sistema POPQ. *Suelo Pélvico.* 2008;4:18-23.
- (45) Omotosho TB, Hardart A, Rogers RG, Schaffer JI, Kobak WH, Romero AA. Validation of Spanish versions of the Pelvic Floor Distress Inventory (PFDI) and Pelvic Floor Impact Questionnaire (PFIQ): a multicenter validation randomized study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2009;20(6):623-39.
- (46) Barber MD, Walters MD, Bump RC. Short forms of two condition-specific quality-of-life questionnaires for women with pelvic floor disorders (PFDI-20 and PFIQ-7). *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193(1):103-13.
- (47) España M, Puig M, Rebollo P. Validación de la versión en español del "Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga" (CACV). Un nuevo instrumento para detectar pacientes con disfunción del tracto urinario inferior. *Actas Urol Esp.* 2006;30(10):1017-24.
- (48) Haylen BT, Freeman RM, Swift SE, Cosson M, Davila GW, Deprest J, Dwyer PL, Fatton B, Kocjancic E, Lee J, Maher C, Petri E, Rizk DE, Sand PK, Schaer GN, Webb R. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related directly to the insertion of prostheses (meshes, implants, tapes) and grafts in female pelvic floor surgery. *Neurourol Urodyn.* 2011;30(1):2-12.
- (49) Haylen BT, Freeman RM, Lee J, Swift SE, Cosson M, Deprest J, Dwyer PL, Fatton B, Kocjancic E, Maher C, Petri E, Rizk DE, Schaer GN, Webb R. An International Urogynecological Association (IUGA)/International Continence Society (ICS) joint terminology and classification of the complications related to native tissue female pelvic floor surgery. *Int Urogynecol J.* 2012;23(5):515-26.
- (50) Rechberger E, Skorupska K, Rechberger T, Wojtaś M, Miotła P, Kulik-Rechberger B, Wróbel A. The influence of vaginal native tissues pelvic floor reconstructive surgery in patients with symptomatic pelvic organ prolapse on preexisting storage lower urinary tract symptoms (LUTS). *J Clin Med.* 2020;9(3):829.

- (51) Long CY, Hsu SC, Sun DJ, Chen CC, Tsai EM, Su JH. Abnormal clinical and urodynamic findings in women with severe genitourinary prolapse. *Kaohsiung J Med Sci.* 2002;18:593-7.
- (52) Yalcin OT, Yildirim A, Hassa H. The effects of severe cystocele on urogynecologic symptoms and findings. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2001;80:423-7.
- (53) Quiroz LH, White DE, Juarez D, Shobeiri SA. Age effects on pelvic floor symptoms in a cohort of nulliparous patients. *Female Pelvic Med Reconstr Surg.* 2012;18(6):325-8.
- (54) Pham T, Kenton K, Mueller E, Brubaker L. New pelvic symptoms are common after reconstructive pelvic surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;200(1):88.e1-5.
- (55) Maher C, Feiner B, Baessler K, Schmid C. Surgical management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(4):CD004014.
- (56) Miedel A, Tegerrstedt G, Mörlin B, Hammarström M. A 5-year prospective follow-up study of vaginal surgery for pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2008;19:1593-601.
- (57) Foster RT Sr, Barber MD, Parasio MF, Walters MD, Weidner AC, Amundsen CL. A prospective assessment of overactive bladder symptoms in a cohort of elderly women who underwent transvaginal surgery for advanced pelvic organ prolapse. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197:82.e1-4.
- (58) Rafii A, Paoletti X, Haab F, Levardon M, Deval B. Tension-free vaginal tape and associated procedures: a case control study. *Eur Urol.* 2004;45:356-61.
- (59) Mothes AR, Mothes HK, Radosa MP, Runnebaum IB. Systematic assessment of surgical complications in 438 cases of vaginal native tissue repair for pelvic organ prolapse adopting Clavien–Dindo classification. *Arch Gynecol Obstet* 2015;291:1297-301.
- (60) Wihersaari O, Karjalainen P, Tolppanen AM, Mattsson N, Jalkanen J, Nieminen K. Complications of pelvic organ prolapse surgery in the 2015 Finnish Pelvic Organ Prolapse Surgery Survey study. *Obstet Gynecol.* 2020;136(6):1135-44.

8. ANEXOS

Anexo I. PFDI-20 (Pelvic Floor Distress Inventory-20), versión en español.

1. Habitualmente, ¿siente usted presión en la parte baja del abdomen?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1 2 3 4

2. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de pesadez en la zona de la pelvis?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1 2 3 4

3. Habitualmente, ¿siente usted un "abultamiento" o algo que sale hacia fuera que puede tocar o ver en la zona de su vagina?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1 2 3 4

4. ¿Alguna vez tiene que empujar sobre su vagina o alrededor de su recto para poder defecar o para acabar de defecar?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1 2 3 4

5. Habitualmente, ¿tiene usted una sensación de no llegar a vaciar completamente su vejiga?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1 2 3 4

6. ¿Alguna vez tiene usted que empujar con los dedos un "abultamiento" en la zona de la vagina para iniciar o completar la micción?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1 2 3 4

7. ¿Tiene usted la sensación de tener que empujar mucho para poder defecar?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1

2

3

4

8. ¿Tiene usted la sensación de que no ha vaciado completamente el intestino tras haber defecado?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1

2

3

4

9. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas fecales involuntarias cuando sus heces son sólidas?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1

2

3

4

10. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas fecales involuntarias cuando sus heces son muy blandas o líquidas?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1

2

3

4

11. Habitualmente, ¿tiene usted pérdida involuntaria de gases (pedos)?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1

2

3

4

12. Habitualmente, ¿siente usted dolor al defecar?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1

2

3

4

13. Habitualmente, ¿tiene usted una fuerte sensación de urgencia de forma que tiene que correr al baño para defecar?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho
1 2 3 4

14. ¿Alguna vez parte de su intestino sobresale por el ano mientras usted defeca o al acabar de defecar?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho
1 2 3 4

15. Habitualmente, ¿orina con frecuencia?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho
1 2 3 4

16. Habitualmente, ¿experimenta usted pérdidas involuntarias de orina asociadas a una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño a orinar?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho
1 2 3 4

17. Habitualmente, ¿tiene usted pérdidas de orina al toser, estornudar o reír?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho
1 2 3 4

18. Habitualmente, ¿tiene usted la sensación de perder pequeñas cantidades de orina (es decir, gotas)?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho
1 2 3 4

19. Habitualmente, ¿tiene usted dificultad para vaciar su vejiga?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho
1 2 3 4

20. Habitualmente, ¿siente usted dolor o molestia en la parte baja del abdomen o en la zona genital?

☐ No; ☐ Sí

0

Si la respuesta es sí, ¿cuánto le molesta?

☐ Nada ☐ Un poco ☐ Moderadamente ☐ Mucho

1

2

3

4

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo II. CACV (Cuestionario de Autoevaluación del Control de la Vejiga).

Por favor, anote el **número** aplicable a su caso en las casillas indicadas por las flechas, teniendo en cuenta lo siguiente:

En absoluto = 0

Un poco = 1

Bastante = 2

Mucho = 3

SÍNTOMAS

MOLESTIA

☐ ← ¿Le resulta difícil retener la orina cuando siente la necesidad urgente de orinar?

¿En qué medida le molesta? → ☐

☐ ← ¿Necesita ir al lavabo con demasiada frecuencia durante el día?

¿En qué medida le molesta? → ☐

☐ ← ¿Se despierta por la noche con la necesidad urgente de orinar?

¿En qué medida le molesta? → ☐

☐ ← ¿Tiene pérdidas de orina?

¿En qué medida le molesta? → ☐

Suma de las
puntuaciones de
"síntomas":

Suma de las
puntuaciones de
"molestia":

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo III. PFIQ-7 (Pelvic Floor Impact Questionnaire-7), versión en español.

Instrucciones: Algunas mujeres encuentran que la vejiga, el intestino o los síntomas vaginales afectan a sus actividades, relaciones personales o sentimientos. Marque con una X la respuesta que mejor describa cuánto sus actividades, relaciones personales o sentimientos se han visto afectados por la vejiga, el intestino o los síntomas o alteraciones vaginales en los últimos 3 meses. Por favor, asegúrese de que selecciona una **respuesta en las tres columnas** para cada pregunta.

Habitualmente, ¿cuánto afectan los síntomas o alteraciones relacionados con su → a su ↓?	Vejiga u orina	Intestino o recto	Pelvis o vagina
1. ¿Capacidad para hacer las tareas domésticas (cocina, limpieza de la casa, lavar la ropa)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
2. ¿Capacidad para realizar actividades físicas tales como andar, nadar, u otro ejercicio?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
3. ¿Actividades de ocio tales como ir a ver una película al cine o a un concierto?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
4. ¿Capacidad para viajar en coche o en autobús distancias superiores a 30 minutos desde su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
5. ¿Participación en actividades sociales fuera de su casa?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
6. ¿Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho
7. ¿Se siente frustrada?	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> Moderadamente <input type="checkbox"/> Mucho

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN